

ARTÍCULOS ORIGINALES

ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN ADULTOS 2012: RESULTADOS DE LA PRIMERA IMPLEMENTACIÓN EN ARGENTINA

Global Adult Tobacco Survey, 2012: Results of the First Implementation in Argentina

Jonatan Konfino,¹ Dolores Ondarsuhu,² Lucila Goldberg,¹ Bruno Linetzky,¹ Roberta Caixeta,³ Daniel Ferrante¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA) es el estándar para monitorear de forma sistemática el consumo y los principales indicadores de control del tabaco. OBJETIVO: Monitorear la epidemia de tabaquismo en adultos en Argentina con una herramienta estandarizada propuesta por la Organización Mundial de la Salud. MÉTODOS: Se utilizó la metodología estandarizada a nivel mundial para relevar la información sobre uso de tabaco (para fumar y sin humo), cesación del consumo, exposición al humo de tabaco ajeno (HTA), economía, medios de comunicación y conocimientos, actitudes y percepciones acerca del uso. Se utilizó un diseño muestral multietápico, estratificado por conglomerados, para generar datos representativos a nivel nacional y regional. RESULTADOS: Se evidenció una prevalencia de tabaquismo del 22,3%, mayor en varones (29,6%) que en mujeres (15,7%). El 73,6% de los fumadores había planeado o estaba pensando en dejar de fumar, y el 48,6% había hecho un intento el último año. El 31,6% de los adultos que trabajaban en ambientes cerrados había estado expuesto allí a HTA; el 33% sufrió esa exposición en su hogar. El 75,8% obtuvo información sobre los peligros de fumar en medios de comunicación, mientras que el 41,9% advirtió publicidades de cigarrillos en los sitios de venta. CONCLUSIONES: La encuesta permitió conocer con mayor profundidad las características de la epidemia de tabaquismo en Argentina y realizar una comparación a nivel mundial.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The Global Adult Tobacco Survey (GATS) is the world standard to systematically monitor tobacco consumption and the main indicators for tobacco control. OBJECTIVE: To monitor tobacco epidemic in adults in Argentina with a standardized tool suggested by the World Health Organization. METHODS: A globally standardized methodology was used to gather information on tobacco use (smoking and smokeless), cessation, second-hand smoke (SHS), economics, media, and knowledge, attitudes and perceptions towards tobacco use. A multi-stage stratified cluster sample design was used to produce representative data both at national and regional level. RESULTS: Tobacco smoking prevalence was 22.3%, with a higher rate in men (29.6%) than in women (15.7%). A total of 73.6% of the smokers had planned or was planning to quit, and 48.6% had made a quit attempt in the previous year. Among adults working in enclosed places 31.6% were exposed to SHS, and 33% were exposed at home. Besides, 75.8% obtained anti-cigarette smoking information on mass media, while 41.9% noticed advertising at cigarette stores. CONCLUSIONS: The survey allowed a better understanding of tobacco epidemic in Argentina and also a comparison with other countries in the world.

PALABRAS CLAVE: EMTA - Tabaquismo - Vigilancia epidemiológica

KEY WORDS: GATS - Smoking - Epidemiological surveillance

¹ Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación

² Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares, Instituto Nacional de Estadística y Censos

³ Organización Panamericana de la Salud

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Iniciativa Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco, Bloomberg Philanthropies en colaboración con Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC), Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health y RTI Internacional

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 de mayo de 2013

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2 de septiembre de 2013

CORRESPONDENCIA A: Jonatan Konfino
Correo electrónico: jkonfino@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2013; 4(16):6-15

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Cada año se producen cinco millones de fallecimientos debido al tabaco, y se estima un incremento a unos ocho millones para 2030.¹

En Argentina, el tabaco explica anualmente alrededor de 40.000 muertes, en su mayoría por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. Además, genera la pérdida de 824.804 años de vida ajustados por discapacidad.²

Argentina es uno de los principales productores de tabaco y ocupa el 15° lugar en número de fumadores en el mundo, con una de las prevalencias más elevadas de la región (después de Chile).³ Ha firmado pero aún no ha ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco.⁴ Sin embargo, muchas de las provincias y municipios han sancionado leyes, en especial de ambientes libres de humo. En 2011 se promulgó la ley nacional de control de tabaco (N° 26687), que dispone la creación de ambientes 100%

libres de humo, restringe la publicidad, el patrocinio y la promoción, y obliga a incluir advertencias sanitarias en los productos.

Es vital contar con información sobre la progresión de la epidemia de tabaquismo para diseñar y monitorear las acciones de control. En Argentina se han implementado desde 1999 múltiples encuestas de prevalencia de tabaco a nivel poblacional: Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2000, 2003, 2007 y 2012,⁵ Encuesta de Consumo de Sustancias Psicoactivas 1999, 2004, 2006, 2008 y 2011,⁶ y Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2005⁷ y 2009⁸ en adultos. Sin embargo, hasta 2012 no se habían obtenido indicadores de base poblacional sobre otros dominios relevantes para monitorear nuevas políticas y permitir comparaciones a nivel internacional, como las sugeridas por el paquete de acciones MPOWER.

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA) es uno de los componentes del Sistema Global de Vigilancia de Tabaco, llevado adelante por la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Su implementación apuntó a obtener información de indicadores clave para monitorear la epidemia de tabaquismo en Argentina con una herramienta estandarizada.

MÉTODOS

EMTA fue implementada en forma conjunta por el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2012. Se llevó a cabo en todo el territorio argentino. Incluyó hogares de cinco regiones del país y cubrió a más del 95% de la población para obtener representatividad nacional y regional.

La población objetivo comprendió a las personas de 15 años o más que residían en viviendas particulares de localidades argentinas con 2.000 habitantes o más. Los residentes en viviendas colectivas, como cuarteles, hospitales, conventos, geriátricos y prisiones, no fueron incluidos. La encuesta permitió obtener estimaciones para las siguientes regiones geográficas: Centro (Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires, La Pampa y Ciudad Autónoma de Buenos Aires); Patagonia (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego); Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis); Litoral (Formosa, Chaco, Misiones, Entre Ríos y Corrientes); y Noroeste (Jujuy, Salta, La Rioja, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero).

El diseño muestral fue probabilístico, estratificado y multietápico, y contempló la selección de personas a través de cinco etapas: aglomerados, áreas, viviendas, hogares e individuos de 15 años o más: las tres primeras correspondieron a la Muestra Maestra Urbana de Viviendas de la República Argentina (MMUVRA), una muestra probabilística de áreas cuyo dominio es el total de las localidades de 2.000 o más habitantes; para la cuarta y quinta etapa se utilizó un método de selección aleatoria, programado en los dispositivos de recolección de datos.

En la primera etapa, las unidades primarias (aglomerados)

fueron clasificadas en dos categorías: autorrepresentadas (con una probabilidad igual a 1 de ser incluidas en la muestra) y no autorrepresentadas. Cabe destacar que el total de unidades primarias que componen la MMUVRA es de 394 aglomerados, de los cuales 69 tienen al menos 50.000 habitantes y fueron incluidos de facto en la muestra de EMTA; a su vez, 112 fueron seleccionados por muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño de la población.

Para la muestra de EMTA, las áreas fueron ordenadas dentro de cada región por jurisdicción, estrato de nivel educativo del jefe de hogar y cantidad de viviendas; luego fueron seleccionadas con muestreo sistemático. En la tercera etapa de muestreo, se seleccionaron sistemáticamente 10 viviendas en cada una de las áreas. En aquellas viviendas donde se identificó más de un hogar, se seleccionó uno utilizando un método de tipo aleatorio programado en el dispositivo de recolección de datos. Esa fue la cuarta etapa. Finalmente, con el mismo método aleatorio, se seleccionó dentro del hogar una persona de 15 años o más, a la que se le realizó la entrevista.

El cuestionario de EMTA, estandarizado a nivel mundial, incluye dos instrumentos: el del hogar y el individual. Cada uno de ellos consta de un conjunto básico de preguntas, que se aplica en todos los países que implementan la encuesta. El cuestionario del hogar recoge información sobre sus miembros y permite identificar a las personas elegibles para responder el cuestionario individual. Este último está compuesto por las siguientes secciones: datos personales, tabaquismo, tabaco sin humo (el que no es fumado, sino aspirado por la nariz, mantenido en la boca o mascado), cesación, exposición al humo de tabaco ajeno (HTA), economía, medios de comunicación y conocimientos, actitudes y percepciones.

Argentina incorporó algunas preguntas adicionales para indagar aspectos locales de la problemática y mantener la comparabilidad con otras encuestas que relevan el tabaquismo, como la ENFR.

Las modificaciones y la adaptación cultural del cuestionario fueron realizadas por los equipos de implementación de EMTA Argentina. Esto incluyó la traducción inglés-español y la retraducción, aprobadas por el Comité de Revisión de Cuestionarios de EMTA. Se efectuó una prueba piloto antes de la implementación.

Se conformó una estructura de personal en cada una de las 24 jurisdicciones para realizar el relevamiento de los datos, junto con las Direcciones Provinciales de Estadística (DPE) pertenecientes al Sistema Estadístico Nacional de la Argentina.

La capacitación, centralizada en la ciudad de Buenos Aires para todo el personal de EMTA, incluyó los conocimientos necesarios para llevar adelante el operativo: introducción a la epidemia de tabaquismo, aspectos generales de la encuesta, técnicas para la realización de las entrevistas, ubicación de las viviendas seleccionadas, identificación de hogares y sus miembros, utilización de la computadora de

mano, exportación y envío de la información, supervisión y recuperación de casos sin respuesta, etc. Se efectuaron simulacros de entrevistas para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el curso.

La duración del trabajo de campo fue de unos tres meses, entre mayo y agosto de 2012. Antes del inicio del operativo, se enviaron por correo cartas de presentación de la encuesta a aproximadamente el 75% de las viviendas seleccionadas. Allí se anunciaba la visita del encuestador y se explicitaban los objetivos y la relevancia de la participación en la encuesta. Esa misma carta se entregó en mano a todos los entrevistados.

La información se recogió con computadoras de mano (PDA, según su sigla en inglés). De esta manera, se eliminó la etapa de ingreso de datos y se aplicó un conjunto de controles de consistencia durante la entrevista, que redujo los errores. La información obtenida por cada encuestador fue descargada y enviada semanalmente a los responsables del relevamiento, que agregaban los datos de todos los

el ajuste por no respuesta y la calibración mediante fuentes externas de datos. La calibración fue realizada con una adaptación del programa utilizado en la Encuesta Permanente de Hogares a través de una macro almacenada en STATA, que empleaba el Método Huang-Fuller,⁹ y se llevó a cabo para cada una de las regiones geográficas definidas para la encuesta.

RESULTADOS

Finalizado el trabajo de campo, se registraron 6.645 cuestionarios individuales de un total de 9.790 viviendas seleccionadas. La tasa de respuesta global fue del 74,3%. Los aspectos demográficos se describen en la Tabla 1.

El 22,3% de la población dijo que consumía tabaco, con una proporción mayor en varones (29,6%) que en mujeres (15,7%). La gran mayoría lo hacía de manera fumada: se registró una prevalencia de fumadores de tabaco del 22,1% frente a apenas un 0,2% de la población que consumía

TABLA 1. Aspectos demográficos de la población encuestada.

	%	(IC 95%)	Ponderado	Muestral
Total	89,9	(82,3-94,5)	2,5	(11,1-5,7)
Sexo				
Varón	90,6	(75,8-96,7)	0,9	(0,3-2,2)
Mujer	88,9	(77,1-95,1)	5,1	(1,9-13,0)
Edad				
15-24	95,5	(92,6-97,3)	0,0	(0,0-0,0)
25-34	84,6	(62,4-94,8)	0,9	(0,2-4,3)
35-49	93,9	(86,8-97,3)	1,7	(0,6-5,1)
50-64	84,9	(62,6-95,0)	9,3	(3,2-24,3)
65 o más	96,1	(87,0-98,9)	1,2	(0,2-8,6)
Nivel de ingreso del hogar*				
\$0-3.000	87,5	(73,4-94,7)	3,2	(0,7-12,7)
\$3.001-7.000	94,2	(90,6-96,5)	2,3	(0,9-6,0)
\$7.001 o más	71,1	(29,6-93,5)	5,8	(1,2-24,0)
Nivel educativo				
Hasta primario completo	85,5	(58,2-96,1)	0,3	(0,1-1,2)
Secundario incompleto	93,9	(88,8-96,7)	1,4	(0,2-7,3)
Secundario completo	87,5	(64,3-96,4)	0,8	(0,2-2,9)
Terciario o universitario incompleto y más	93,1	(84,8-97,0)	7,5	(2,8-18,7)
Región				
Centro	88,9	(76,6-95,1)	3,0	(1,0-8,6)
Noroeste	92,6	(84,6-96,6)	1,6	(0,4-6,7)
Litoral	95,2	(91,0-97,5)	0,7	(0,1-4,8)
Cuyo	86,8	(77,0-92,8)	2,1	(0,6-6,5)
Patagonia	91,3	(85,9-94,8)	3,6	(1,6-7,6)

* La distribución fue calculada entre la población que indicó el ingreso del hogar. Las respuestas "No sabe" y "No contesta" fueron excluidas del total.
Fuente: Elaboración propia.

encuestadores a su cargo, obtenían reportes del avance del operativo y enviaban los datos por Intranet al INDEC.

En lo que respecta al análisis estadístico, el proceso de ponderación y corrección posterior al relevamiento incluyó

tabaco no fumado. Entre los fumadores de cigarrillos, la mayoría lo hacía de manera diaria (17,1%). Además, cuando se indagó sobre el tipo de tabaco fumado, la amplia mayoría mencionó los cigarrillos (21,9%) (Tabla 2).

TABLA 2. Consumo de tabaco, según condición de fumador y variables sociodemográficas.

	Fumadores			Ex Fumadores			Nunca fumó		
	Fumadores actuales % (IC 95%)	Fumadores diarios % (IC 95%)	Fumadores ocasionales, ex diarios % (IC 95%)	Fumadores ocasionales, nunca diarios % (IC 95%)	Ex fumadores diarios % (IC 95%)	Ex fumadores diarios % (IC 95%)	Nunca fumó % (IC 95%)		
Total	22,1 (19,3-25,3)	17,1 (14,6-19,9)	2,3 (1,5-3,3)	2,8 (2,0-3,8)	12,6 (10,3-15,3)	9,6 (7,4-12,4)	55,6 (51,7-59,5)		
Sexo									
Varón	29,4 (24,7-34,4)	21,9 (17,6-26,9)	3,7 (2,2-6,1)	3,8 (2,3-6,2)	15,4 (12,2-19,2)	11,7 (8,2-16,4)	43,6 (37,6-49,7)		
Mujer	15,6 (12,7-19,0)	12,7 (10,0-16,2)	1,0 (0,6-1,5)	1,9 (1,2-2,6)	10,1 (7,7-13,2)	7,7 (5,3-11,1)	66,6 (61,5-71,3)		
Edad									
15-24	20,7 (15,8-26,7)	14,1 (10,0-19,4)	2,0 (1,1-3,8)	4,6 (3,0-6,9)	2,8 (1,2-6,6)	9,9 (5,8-16,3)	66,6 (59,8-72,8)		
25-34	28,2 (20,7-37,1)	20,4 (15,5-26,4)	2,6 (1,9-3,7)	5,1 (2,4-10,7)	9,3 (6,1-14,1)	6,1 (4,2-8,8)	56,4 (47,5-64,8)		
35-49	24,4 (18,2-31,9)	19,3 (13,2-27,4)	3,9 (1,5-9,3)	1,2 (0,9-1,8)	14,3 (10,3-19,6)	9,9 (6,9-14,0)	51,4 (44,3-58,5)		
50-64	24,6 (17,6-33,2)	22,1 (15,3-30,8)	0,9 (0,2-3,6)	1,5 (0,7-3,4)	21,9 (16,5-28,5)	13,4 (7,6-22,5)	40,1 (29,9-51,3)		
65 o más	8,7 (5,7-13,0)	6,4 (4,1-9,7)	1,6 (0,5-4,5)	0,8 (0,3-2,1)	17,2 (11,1-25,6)	7,7 (4,6-12,9)	66,4 (56,6-75,0)		
Nivel de ingreso del hogar*									
\$0-3.000	19,4 (16,1-23,1)	14,1 (11,3-17,4)	2,2 (1,4-3,4)	3,1 (2,2-4,3)	8,6 (6,3-11,6)	8,8 (5,9-13,0)	63,2 (57,1-69,0)		
\$3.001-7.000	22,2 (17,7-27,3)	17,6 (13,3-23,0)	2,2 (1,3-3,2)	2,3 (1,6-3,4)	15,4 (11,3-20,7)	7,7 (5,1-11,5)	54,7 (48,2-61,1)		
\$7.001 o más	22,7 (14,5-33,7)	15,6 (9,6-24,3)	1,9 (0,6-5,9)	5,2 (1,5-16,6)	18,5 (12,3-26,8)	11,8 (6,8-19,7)	47,0 (38,4-55,8)		
Nivel educativo									
Hasta primario completo	20,3 (14,7-27,5)	13,4 (10,3-17,2)	3,4 (1,4-8,2)	3,6 (1,5-8,1)	14,1 (9,5-20,4)	10,6 (5,4-15,9)	54,9 (46,3-63,2)		
Secundario incompleto	23,7 (18,0-30,5)	18,5 (13,1-25,5)	2,5 (1,7-3,7)	2,7 (1,6-4,4)	8,7 (5,6-13,3)	6,5 (3,5-9,6)	61,1 (53,9-67,8)		
Secundario completo	22,7 (16,5-30,3)	19,0 (13,2-26,6)	2,1 (1,0-4,5)	1,5 (1,0-2,3)	8,6 (5,3-13,6)	9,1 (2,8-15,3)	59,7 (49,8-68,8)		
Terciario o universitario incompleto y más	22,0 (18,2-26,4)	18,0 (14,5-22,2)	1,0 (0,7-1,4)	3,0 (1,8-5,0)	17,4 (13,4-22,4)	11,7 (7,6-15,9)	48,8 (43,7-54,0)		
Región									
Centro	20,9 (16,8-25,6)	17,3 (13,8-21,5)	1,8 (0,9-3,6)	1,8 (0,9-3,7)	13,9 (10,5-18,1)	9,3 (5,6-12,9)	56,0 (50,1-61,6)		
Noreste	26,0 (23,4-28,7)	13,5 (11,1-16,4)	4,4 (3,1-6,0)	8,1 (6,4-10,2)	7,3 (5,1-10,3)	14,0 (11,5-16,4)	52,8 (48,6-56,8)		
Litoral	22,1 (18,8-25,9)	17,0 (13,9-20,5)	2,0 (1,2-3,5)	3,1 (2,1-4,6)	10,7 (8,5-13,2)	8,2 (6,0-10,5)	59,0 (54,8-62,9)		
Cuyo	25,2 (21,8-28,9)	19,3 (16,5-22,3)	2,7 (1,7-4,3)	3,2 (2,0-5,1)	11,7 (9,2-14,8)	7,9 (5,7-10,1)	55,2 (50,2-60,1)		
Patagonia	26,3 (22,8-30,1)	19,6 (16,5-23,1)	3,4 (2,3-4,9)	3,3 (2,2-4,9)	12,4 (10,1-15,1)	10,5 (8,1-12,9)	50,8 (46,9-54,7)		

* La distribución fue calculada entre la población que indicó el ingreso del hogar. Las respuestas "No sabe" y "No contesta" fueron excluidas del total.

Fuente: elaboración propia

El promedio de cigarrillos fumados por día fue de 12,2; fue mayor en varones (13,1) que en mujeres (10,9), en el grupo de 50-64 años (17,7) y, en general, en los fumadores diarios.

El promedio de edad en la que se había comenzado a fumar diariamente fue de 16,2 años. Se observó asimismo que el 13,4% de las personas que habían dejado de fumar lo habían hecho el último año, con mayor proporción de mujeres (19,6%) que de varones (8,9%).

El 48,6% de los fumadores o de quienes habían dejado de fumar por menos de un año habían hecho el intento en los últimos 12 meses. Se evidenció una mayor proporción de intentos de cesación en los rangos etarios más jóvenes, en los de 65 años o más (59,9%) y en el estrato de mayores ingresos (55%).

Respecto a los métodos usados para dejar de fumar, un 89,9% de los fumadores que habían intentado en los últimos 12 meses o que habían estado menos de un año sin fumar lo habían hecho sin ayuda; para el resto de los mecanismos se registró una muy baja tasa de utilización

en todos los segmentos sociodemográficos. La segunda estrategia empleada fue la farmacoterapia (4,1%). Además, se observó una mayor proporción de mujeres que habían utilizado otros métodos, como consejos de profesionales o tratamientos alternativos (Tabla 3).

A un 80,1% de los que habían consultado a un médico u otro trabajador de la salud en los últimos 12 meses le preguntaron si fumaba tabaco, pero sólo al 60,5% le aconsejaron dejar de fumar, lo que evidenció una brecha entre el registro de fumadores por parte de profesionales de la salud y el consejo para abandonar el hábito.

En cuanto al interés en dejar de fumar, el 48,9% declaró que lo haría algún día, pero no en los siguientes 12 meses; el 21,7% no estaba interesado en la cesación; un 14,6% pensaba dejar en los siguientes 12 meses; el 10,1% planeaba hacerlo durante el mes siguiente; y 4,7% no sabía.

Un elevado porcentaje (46,8%) de la población refirió haber estado expuesto a HTA, con una proporción mayor de varones (53,5%) que de mujeres (41,7%). Se observó una mayor exposición a HTA a menor edad (con hasta 67,2%

TABLA 3. Mecanismos de cesación en fumadores o ex fumadores por menos de un año que hicieron el intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses, según variables sociodemográficas.

	Sin ayuda (%)	(IC 95%)	Consulta / Consejo (%)	(IC 95%)	Otros métodos (%)	(IC 95%)	Farmacoterapia (%)	(IC 95%)
Total	89,9	(82,3-94,5)	2,5	(1,1-5,7)	2,9	(1,0-8,4)	4,1	(1,8-9,0)
Sexo								
Varón	90,6	(75,8-96,7)	0,9	(0,3-2,2)	1,4	(0,6-3,0)	2,2	(1,3-3,8)
Mujer	88,9	(77,1-95,1)	5,1	(1,9-13,0)	5,2	(1,2-20,3)	7,1	(2,3-19,8)
Edad								
15-24	95,5	(92,6-97,3)	0,0	(0,0-0,0)	0,5	(0,1-1,8)	1,3	(0,6-3,2)
25-34	84,6	(62,4-94,8)	0,9	(0,2-4,3)	1,0	(0,2-4,2)	1,8	(0,7-4,9)
35-49	93,9	(86,8-97,3)	1,7	(0,6-5,1)	0,5	(0,1-3,7)	5,5	(2,3-12,4)
50-64	84,9	(62,6-95,0)	9,3	(3,2-24,3)	11,0	(2,7-35,5)	10,9	(2,7-35,5)
65 o más	96,1	(87,0-98,9)	1,2	(0,2-8,6)	2,5	(0,6-9,8)	1,2	(0,2-8,3)
Nivel de ingreso del hogar*								
\$0-3.000	87,5	(73,4-94,7)	3,2	(0,7-12,7)	6,4	(1,3-26,6)	8,3	(2,3-25,4)
\$3.001-7.000	94,2	(90,6-96,5)	2,3	(0,9-6,0)	2,9	(1,2-7,0)	3,6	(1,8-7,2)
\$7.001 o más	71,1	(29,6-93,5)	5,8	(1,2-24,0)	0,0	(0,0-0,2)	2,3	(0,8-6,2)
Nivel educativo								
Hasta primario completo	85,5	(58,2-96,1)	0,3	(0,1-1,2)	1,5	(0,5-4,7)	1,3	(0,5-3,5)
Secundario incompleto	93,9	(88,8-96,7)	1,4	(0,2-7,3)	1,2	(0,2-7,8)	2,5	(0,9-7,1)
Secundario completo	87,5	(64,3-96,4)	0,8	(0,2-2,9)	7,9	(1,2-38,0)	11,0	(2,7-35,7)
Terciario o universitario incompleto y más	93,1	(84,8-97,0)	7,5	(2,8-18,7)	2,3	(0,9-5,5)	3,5	(1,8-6,6)
Región								
Centro	88,9	(76,6-95,1)	3,0	(1,0-8,6)	3,5	(0,8-13,6)	3,9	(1,0-13,4)
Noroeste	92,6	(84,6-96,6)	1,6	(0,4-6,7)	1,1	(0,3-4,6)	3,4	(1,5-7,6)
Litoral	95,2	(91,0-97,5)	0,7	(0,1-4,8)	1,6	(0,4-6,9)	3,6	(1,3-9,7)
Cuyo	86,8	(77,0-92,8)	2,1	(0,6-6,5)	4,1	(1,3-12,3)	5,2	(2,6-10,2)
Patagonia	91,3	(85,9-94,8)	3,6	(1,6-7,6)	1,2	(0,4-3,3)	9,0	(5,3-14,9)

* La distribución fue calculada entre la población que indicó el ingreso del hogar. Las respuestas "No sabe" y "No contesta" fueron excluidas del total.

Fuente: elaboración propia

en el grupo de 15-24 años) y a mayor nivel de ingresos, sin una clara correlación con el nivel educativo. En la región patagónica se verificaron los menores niveles de exposición (26,8%). (Tabla 4)

TABLA 4. Proporción de adultos ≥ 15 años de edad expuestos a HTA en cualquier lugar, según variables sociodemográficas.

	%	(IC 95%)
Total	46,8	(41,4-52,3)
Sexo		
Varón	53,5	(45,6-61,2)
Mujer	41,7	(35,4-48,3)
Edad		
15-24	67,2	(60,6-73,2)
25-34	54,9	(43,9-65,4)
35-49	45,4	(37,1-54,0)
50-64	35,1	(25,3-46,3)
65 o más	23,1	(10,9-42,4)
Nivel de ingreso del hogar*		
\$0-3.000	39,2	(33,4-45,4)
\$3.001-7.000	47,6	(40,8-54,5)
\$7.001 o más	59,0	(43,5-72,9)
Nivel educativo		
Hasta primario completo	27,9	(19,9-37,6)
Secundario incompleto	59,4	(49,3-68,7)
Secundario completo	40,3	(29,9-51,5)
Terciario o universitario incompleto y más	59,0	(48,2-69,0)
Región		
Centro	49,2	(41,6-56,8)
Noroeste	51,5	(45,7-57,2)
Litoral	39,6	(35,4-44,0)
Cuyo	40,2	(35,9-44,5)
Patagonia	26,8	(22,5-31,4)

* La distribución fue calculada entre la población que indicó el ingreso del hogar. Las respuestas "No sabe" y "No contesta" fueron excluidas del total.
Fuente: elaboración propia

Un 31,6% de quienes trabajaban en lugares cerrados dijeron estar expuestos en su ámbito laboral, con una mayor proporción de varones (38,5%) que de mujeres (24,1%). Se observó mayor exposición a mayor ingreso, y no se identificó una relación con el nivel educativo. A su vez, un 33% refirió estar expuesto a HTA en el hogar, y no se verificó una relación entre esa exposición y la edad, el nivel de ingreso o educativo.

La mayor exposición a HTA se registró en las discotecas (86,2%), seguidas de universidades (40,9%), edificios públicos (24,5%), restaurantes (23,2%) y establecimientos educativos (23,1%); en establecimientos de salud, fue del 8,8%. En todos los casos, los no fumadores refirieron una mayor exposición a HTA que el promedio de adultos.

El 92,6% de las personas encuestadas sabía que la exposición a HTA generaba enfermedades graves. Este conocimiento de los riesgos fue muy elevado en todos los estratos de ingreso y de educación, con mayor porcentaje

en no fumadores que en fumadores.

El 71,1% adquiría paquetes de 20 cigarrillos; el 20%, de 10; un 7,7%, cigarrillos sueltos. Esto último se observó con mayor frecuencia en los grupos más jóvenes (12,7% en individuos de 15-24 años) y en las regiones del Noroeste (14%) y Cuyo (13,4%).

El costo promedio del paquete de 20 cigarrillos fue de \$7,91, sin diferencias marcadas en el valor pagado según sexo, edad, nivel socioeconómico o región. El gasto promedio mensual en cigarrillos fue de \$145,90, y mayor en varones (\$158,20) que en mujeres (\$125,80). El costo de 100 paquetes de cigarrillos manufacturados representó el 1,5% del producto bruto interno (PBI) per cápita (PBI reportado por el Fondo Monetario Internacional en 2012, de acuerdo con la definición estandarizada de este indicador incluida en el protocolo de EMTA).

Un 16,2% de los fumadores dijo que consumía cigarrillos etiquetados como light, suaves o bajos en nicotina. Esta situación predominó en las edades más altas (34,4% en 50-64 años y 45,4% en 65 años o más). El 7,5% adquiría cigarrillos saborizados. Este tipo de consumo fue más frecuente en mujeres (12,3%), en individuos jóvenes (17,6% en 15-24 años) y con menor nivel de ingresos (13% en aquellos con ingresos mensuales menores a \$3.000). (Tabla 5)

El sitio donde más se habían adquirido los cigarrillos por última vez fueron los quioscos (77,3%), seguidos por los almacenes, que mostraron una mayor frecuencia en la región Noroeste (49,1%).

En los 30 días previos, el 75,8% de la población encuestada había visto o escuchado información que alertaba sobre los peligros o alentaba a dejar de fumar. El medio más mencionado fue la televisión (58,3%), seguida por diarios/revistas (42,9%), radio (32,4%), carteles en la vía pública (28,6%) e Internet (20%). La referencia a este último canal creció en la población más joven (33,2%), con mayor rango de ingresos y con mayor nivel educativo.

Más de la mitad de la población (53,2%) dijo haber visto en los 30 días previos alguna frase sobre el riesgo de fumar impresa en paquetes de cigarrillos. En los rangos etarios más jóvenes, las advertencias sanitarias fueron percibidas con mayor frecuencia; entre fumadores, el registro ascendió al 83,4%. Un 32,9% de los fumadores manifestó que había pensado en dejar de fumar debido a esas frases de los paquetes de cigarrillos.

Los locales de venta de cigarrillos fueron los lugares donde más se vio la publicidad (41,9%), seguidos de televisión (24,7%), carteles en la calle (20,6%), afiches (18,3%) y diarios/revistas (18%). Ante la consulta sobre eventos deportivos, musicales, de arte o moda asociados a marcas de cigarrillos o empresas tabacaleras, el 4,9% de los encuestados había advertido alguno durante el mes previo, fundamentalmente relacionado con el deporte (3,9% frente a 1,2% vinculado con la música, el teatro o el arte). Respecto a la promoción de productos, el 1,2% de la población había recibido muestras gratis, y a un 1,4% le habían entregado cupones con descuentos para comprar cigarrillos.

En cuanto a las estrategias promocionales por parte de las tabacaleras, las prendas de vestir u otros artículos con el nombre o logo de una marca de cigarrillos (8,4%) prevalecieron sobre otras formas, como la entrega gratuita del producto.

Del total de encuestados, un 98,3% afirmó que fumar tabaco causaba enfermedades graves; no se detectaron grandes diferencias según las distintas características sociodemográficas. La percepción acerca del cáncer de pulmón fue la registrada con mayor frecuencia: un 98,6% asoció esta enfermedad con el tabaquismo. Además, el 91% sabía que el consumo de tabaco provocaba infartos o ataques cardíacos, el 73,6% vinculó el tabaquismo con accidentes cerebrovasculares y un 65%, con nacimientos prematuros. La percepción de que fumar causa cáncer de pulmón e infartos o problemas cardíacos no registró diferenciaciones entre segmentos sociodemográficos.

Cuando se consultó si algunos cigarrillos eran menos dañinos que otros o si eran todos iguales, el 86,6% de los encuestados consideró que eran todos iguales y un 8,6%, que podía haber algunos menos dañinos. Los más jóvenes

y los fumadores habituales fueron quienes consideraron con mayor frecuencia que algunos cigarrillos podían ser menos dañinos (14,6% y 14%, respectivamente). Ante la pregunta de si el uso de tabaco sin humo causaba enfermedades graves, el 40,8% respondió que sí y un 50,4% no supo contestar.

Una gran proporción de personas (92,3%) se manifestó a favor de la prohibición de fumar en lugares cerrados, que regula la ley nacional de control de tabaco. La aceptación de aumentar los impuestos sobre los productos de tabaco también fue elevada (74,8%); entre fumadores habituales, la proporción fue menor (54,3%). Cuando se consultó sobre la adherencia a una ley que prohíba todas las publicidades de empresas tabacaleras, un 81,8% de los encuestados declaró que estaría a favor; la cifra descendió un poco (73%) entre fumadores habituales.

DISCUSIÓN

Si se compara con datos de encuestas previas (por ejemplo, ENFR 2009), se observó un descenso en la prevalencia de tabaquismo en Argentina, tanto en varones como en mu-

TABLA 5. Proporción de adultos ≥ 15 años de edad que fumaron cigarrillos etiquetados como light, suaves o con bajo contenido en alquitrán y cigarrillos saborizados, según variables sociodemográficas.

	<i>Light, suaves o bajos en nicotina (%)</i>	<i>(IC 95%)</i>	<i>Saborizados (%)</i>	<i>(IC 95%)</i>
Total	16,2	(10,5-24,2)	7,5	(5,0-11,2)
Sexo				
Varón	17,6	(9,7-29,7)	4,7	(2,5-8,6)
Mujer	14,0	(10,1-19,0)	12,3	(7,3-20,0)
Edad				
15-24	6,5	(3,9-10,4)	17,6	(9,3-30,7)
25-34	8,5	(5,0-14,2)	7,9	(4,5-13,3)
35-49	9,2	(4,1-19,1)	4,2	(2,1-8,3)
50-64	34,4	(19,4-53,2)	1,4	(0,5-4,0)
65 o más	45,4	(28,2-63,7)	5,0	(1,0-21,2)
Nivel de ingreso del hogar*				
\$0-3.000	16,4	(11,6-22,5)	13,0	(7,9-20,8)
\$3.001-7.000	14,8	(8,8-23,6)	5,6	(3,5-9,1)
\$7.001 o más	25,0	(9,0-53,0)	1,7	(0,5-5,0)
Nivel educativo				
Hasta primario completo	13,0	(7,7-21,0)	5,6	(2,7-11,1)
Secundario incompleto	14,8	(7,6-27,0)	9,9	(4,7-19,6)
Secundario completo	17,3	(7,3-35,5)	9,1	(3,3-22,8)
Terciario o universitario incompleto y más	19,9	(9,7-36,5)	5,5	(3,1-9,6)
Región				
Centro	16,0	(8,0-29,4)	6,9	(3,5-13,0)
Noroeste	28,6	(21,1-37,4)	13,1	(7,9-21,0)
Litoral	13,0	(7,3-22,1)	2,7	(1,2-6,3)
Cuyo	8,7	(5,3-13,9)	9,5	(6,0-14,8)
Patagonia	8,3	(5,4-12,4)	8,3	(5,3-12,7)

* La distribución fue calculada entre la población que indicó el ingreso del hogar. Las respuestas "No sabe" y "No contesta" fueron excluidas del total.
Fuente: elaboración propia

jeros. Además, esta encuesta permitió conocer con mayor precisión el tipo de tabaco consumido y confirmar que el cigarrillo fumado es la principal amenaza. También reveló el impacto sanitario del consumo de tabaco sin humo; aunque actualmente no es preocupante, constituye una línea de base para el monitoreo, ya que es uno de los objetivos de la industria tabacalera en los países que han avanzado en medidas de control del tabaco.¹⁰

El intento de abandonar el consumo de tabaco en los 12 meses previos se concentró principalmente en los fumadores actuales o ex fumadores por menos de un año de menor y mayor edad y de mayores ingresos; las mujeres lograron mantenerse más tiempo sin fumar. Promover la cesación es uno de los objetivos del Programa Nacional de Control de Tabaco del MINSAL. Por ello se ha desarrollado una guía para el tratamiento de la adicción al tabaco,¹¹ se fortaleció la línea telefónica 0800 para dejar de fumar y se capacitó a los médicos del primer nivel de atención. La incorporación de nuevas tecnologías para fomentar el abandono (por ejemplo, a través de mensajes de texto)¹² puede representar una opción válida. Sin embargo, cabe destacar que la mayoría de los intentos de cesación fueron sin ayuda, por lo que sería importante trabajar en el empoderamiento de todos los fumadores que deseen abandonar el consumo, evitando medicalizar o complejizar la cesación.¹³ Dada su efectividad, los tratamientos para dejar de fumar deberían ser ofrecidos de manera sistemática en la consulta con un profesional de la salud. También hay evidencias sobre las ventajas de aumentar los impuestos al tabaco, que desalientan el consumo y evitan en cierta medida que se inicie el hábito entre los jóvenes y los estratos de menores recursos.

A pesar del marco regulatorio sobre ambientes libres de humo, se observó que una amplia proporción de la población está expuesta a HTA (también a nivel laboral y en el hogar). Aunque la incidencia parece ser mayor que en encuestas previas, la comparación debería ser tomada con cautela, habida cuenta de las diferencias en materia de instrumentos, dominios de estimación y rangos etarios. Los altos niveles de exposición a HTA en lugares donde existe prohibición legal de fumar sugieren la necesidad de controlar su cumplimiento. Un estudio realizado por el MINSAL evidenció indicadores de incumplimiento en 15 localidades, con niveles mayores en los sitios sujetos a leyes que no eran 100% libres de humo.¹⁴

Aunque está fuera del ámbito de la regulación, la exposición en hogares debería considerarse debido a los riesgos que entraña para la salud de niños y adultos.¹⁵ Las acciones masivas de educación y comunicación, junto con el resto de las políticas y el descenso de la prevalencia, podrían reducir el peligro. Por lo tanto, pese a los avances en la regulación y la gradual reducción de la exposición evaluada en otros estudios, aún es necesario fortalecer el cumplimiento de las leyes y mejorar muchas de las normas existentes para hacerlas 100% libres de humo.

EMTA evidenció el muy bajo costo de los cigarrillos en Argentina, que facilita la accesibilidad al producto. Un aná-

lisis reciente de este indicador en 15 países que aplicaron la encuesta entre 2008 y 2011 muestra que Argentina se encuentra en un nivel similar al de Brasil, con costos menores únicamente en Rusia.¹⁶ En Argentina, un 69% del precio de venta al consumidor corresponde a impuestos, pero esto no arredra al comprador¹⁷ debido a la baja base sobre la cual se aplica la carga tributaria y a la dispersión de precios existente, que permite que las poblaciones de menores ingresos reaccionen ante un aumento de los impuestos adquiriendo cigarrillos más baratos. La mayor parte de los impuestos son del tipo *ad valorem*, es decir, se fijan como porcentaje. Por otro lado, se observó que una parte de la población compra cigarrillos sueltos y paquetes de pocas unidades. La compra por unidad permite que las poblaciones más vulnerables consuman tabaco sin necesidad de gastar el dinero que cuesta un paquete.¹⁸ Esta práctica minimiza el efecto generado por el incremento del precio del tabaco en poblaciones de bajos recursos. Por ejemplo, en el campo adolescente, ya se demostró la mayor compra de cigarrillos sueltos por parte de alumnos que asistían a escuelas secundarias en áreas con mala situación socioeconómica.¹⁹ Cabe recordar que la ley nacional sancionada incluye la prohibición de vender cigarrillos sueltos y paquetes pequeños, conforme a los lineamientos estipulados por el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

La denominación de ciertos cigarrillos como *light*, suaves o bajos en alquitrán ha llevado a muchos fumadores a creer que dichos productos son menos dañinos que los comunes.²⁰ La simple remoción de esas descripciones de los paquetes de cigarrillos no ha sido suficiente para eliminar la creencia.²¹ Cabe destacar que, según la presente encuesta, fueron las poblaciones socioeconómicamente más beneficiadas las que adquirieron este tipo de productos con mayor frecuencia. Por otra parte, en lo que respecta a los cigarrillos saborizados, el consumo fue más frecuente en mujeres, jóvenes e individuos con menores ingresos, lo que podría relacionarse con el marketing de la industria tabacalera.

El sitio principal de venta de tabaco fueron los quioscos. Dado que los puntos de venta representan una excepción a la restricción contemplada en la ley 26687, el fumador se ve expuesto a mucha publicidad. Hay evidencia de que esto genera una mayor tendencia de los fumadores a consumir.²² Más aún, la sola observación de los paquetes exhibidos en los negocios minoristas lleva a la compra no planificada de cigarrillos.²³

Se observó un fuerte impacto de la información que advierte sobre los peligros o alienta a dejar de fumar. Aunque Internet fue el medio menos mencionado, su referencia predominó en las personas más jóvenes, de mayores ingresos y mayor nivel educativo, lo que revela la importancia de adaptar las estrategias comunicacionales a los nuevos canales de acceso a la información. La incorporación de frases e imágenes impresas en los paquetes de cigarrillos se realizó en junio de 2012, paralelamente al trabajo de campo de EMTA; es por ello que su impacto entre los fumadores tuvo un registro leve. De todos modos, la evidencia demuestra

que esta estrategia de educación masiva frena en cierta medida el inicio del consumo en los adolescentes y lleva a que más fumadores abandonen el hábito.²⁴

Resulta fundamental fortalecer el sistema de vigilancia para evaluar el reconocimiento, aceptación e impacto que tienen las reglamentaciones de la ley, y explorar los mecanismos de promoción y marketing adoptados recientemente por las compañías tabacaleras para captar nuevos consumidores y mantener los existentes.

Para reducir la exposición a la publicidad, patrocinio y promoción de productos del tabaco, es necesario asegurar y reforzar la aplicación de la ley nacional. En el último año se ha financiado una campaña de comunicación para desalentar el consumo, con personalidades del espectáculo que pudo ser vista en un spot en el programa "fútbol para todos" y de manera gráfica en otros medios de comunicación masiva, como diarios y revistas, además de difundirse los canales de denuncias por incumplimiento de la Ley.

Aunque casi toda la población encuestada reconoció que fumar tabaco causaba enfermedades graves (fundamentalmente cáncer de pulmón, infartos o ataques cerebrales), fue relativamente baja la percepción sobre el riesgo de la exposición al HTA, lo que puede constituir un dato clave para la elaboración de estrategias comunicacionales.

Hay gran aceptación de las normativas orientadas a controlar el consumo en espacios laborales cerrados, lugares públicos y salas de juegos de azar. También existe un fuerte respaldo al aumento de impuestos sobre productos de tabaco, que debería considerarse habida cuenta de las potenciales ventajas.²⁵ El incremento tributario significativo es una de las medidas más eficaces para disminuir el consumo de tabaco e impulsar a los fumadores a abandonar el hábito, sobre todo dentro de la población joven y la de menores recursos. De acuerdo con algunas publicaciones, un aumento de impuestos del 10% reduciría el consumo de tabaco en aproximadamente un 4% en los países de ingresos altos y un 8% en los países de ingresos bajos o

medios.²⁶ Los impuestos especiales o al consumo son los más efectivos, ya que se aplican de manera exclusiva al tabaco y, por ende, generan su encarecimiento en relación con otros productos.²⁷

En conclusión, en Argentina se han realizado muchos avances en materia de control del tabaco, cuyos resultados están a la vista en EMTA 2012 (por ejemplo, la reducción absoluta del 10% en la prevalencia de tabaquismo, que equivale a 900.000 fumadores menos desde 2005). Sin embargo, es necesario profundizar las estrategias para desalentar el consumo y proteger a la población del HTA. Esto tendría un impacto aún mayor en la salud pública, porque evitaría muchas muertes y mejoraría la calidad de vida de la población.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La información recogida en EMTA revela con mayor profundidad las características de la epidemia de tabaquismo en Argentina y facilita la comparación estandarizada a nivel internacional.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Por primera vez en Argentina, pueden conocerse en detalle los métodos utilizados para dejar de fumar. Esto permite readecuar la oferta de recursos para promover la cesación tabáquica a nivel nacional.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD
EMTA permite profundizar la comprensión de las características del tabaquismo y actualizar cálculos econométricos del tabaco para orientar eventuales políticas impositivas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442.
- Rossi S, Roger ME, Leguiza J, Irurzun A. Carga global de enfermedad por tabaquismo en la Argentina. Resumen de los resultados. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/carga-global-enfermedad-tabaquismo-argentina.pdf>]. [Último acceso: 2 de septiembre de 2013].
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009 - Crear ambientes libres de humo. [Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es>]. [Último acceso: 2 de septiembre de 2013].
- Convenio Marco para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.

⁵ Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2013-07_GYTS-2012-resumen-ejecutivo.pdf]. [Último acceso: 12 de septiembre de 2013].

⁶ Encuestas de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el narcotráfico. Buenos Aires, 2012.

⁷ Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, Capítulo Tabaco. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/encuesta_factores_riesgo_2005_completa.pdf]. [Último acceso: 2 de septiembre de 2013].

⁸ Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, Capítulo Tabaco. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-

nacional-factores-riesgo-2011.pdf]. [Último acceso: 2 de septiembre de 2013].

⁹ Ponderación de la muestra y tratamiento de valores faltantes en las variables de ingreso en la Encuesta Permanente de Hogares, Metodología N° 15. INDEC. Buenos Aires, 2010.

¹⁰ Campaign for Tobacco-Free Kids (TFK). RJ Reynolds Tobacco Company Hasn't Changed: Company Continues to Market to Kids, Oppose Real Solutions. Comunicado de prensa, 24 de abril de 2006.

¹¹ Guía para el tratamiento de la adicción al tabaco. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2012.

¹² Free C, Knight R, Robertson S, et al. Smoking Cessation Support Delivered Via Mobile Phone Text Messaging (txt2stop): A Single Blind, Randomized Trial. *Lancet*. 2011;378(9785):49-55.

¹³ Chapman S, MacKenzie R. The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. *PLoS Med*. 2010;7(2): e1000216. doi: 10.1371/journal.pmed.1000216.

¹⁴ Monitoreo del cumplimiento de la legislación sobre ambientes libres de humo en 15 ciudades de Argentina. Boletín N°4 de vigilancia de ENT. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2011.

¹⁵ The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, 2004.

¹⁶ Kostova D, Chaloupka F, Yurekli A, Ross H, Cherukupalli R y col. A Cross-Country Study of Cigarette Prices and Affordability: Evidence from the Global Adult Tobacco Survey. *Tobacco Control* 2012 Sep 4. [Epub ahead of print].

¹⁷ Informe sobre Control del Tabaco, Argentina. Organización Panamericana de la Salud, 2011.

¹⁸ Smith KC, Stillman F, Bone L, Yancey N, Price E, Belin P, et al. Buying and Selling "Loosies" in Baltimore: The Informal Exchange of Cigarettes in the Community Context. *J Urban Health*. 2007;84(4):494-507.

¹⁹ Linetzky B, Mejia R, Ferrante D, De Maio FG, Diez Roux AV. Socioeconomic Status and Tobacco Consumption among Adolescents: A Multilevel Analysis of Argentina's Global Youth Tobacco Survey. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(9):1092-9.

²⁰ Mutti S, Hammond D, Borland R, Cummings MK, O'Connor RJ, Fong GT. Beyond Light and Mild: Cigarette Brand Descriptors and Perceptions of Risk in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2011;106(6):1166-75.

²¹ Borland R, Fong GT, Yong HH, Cummings KM, Hammond D, King B, et al. What Happened to Smokers' Beliefs about Light Cigarettes when "Light/Mild" Brand Descriptors Were Banned in the UK? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2008;17(4):256-62.

²² Paynter J, Edwards R. The Impact of Tobacco Promotion at the Point of Sale: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(1):25-35.

²³ Carter O, Mills B, Donovan R. The Effect of Retail Cigarette Pack Displays on Unplanned Purchases: Results from Immediate Post Purchase Interviews. *Tob Control*. 2009;18:218-221.

²⁴ Cunningham R. Las fotografías horripilantes en los paquetes de cigarrillos reducen el consumo de tabaco. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009;87:569-579.

²⁵ Konfino J, Ferrante D, Mejia R, et al. Impact on Cardiovascular Disease of the Argentina's Tobacco Control Law. *Tob Control*. 2012 Oct 29. [Epub ahead of print]

²⁶ Nota descriptiva N°339. Organización Mundial de la Salud. . [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html>]. [Último acceso: 2 de septiembre de 2013].

²⁷ Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. Informe de Argentina. Organización Mundial de la Salud, 2011.